

【論 説】

「こころのケア」とその隣接領域を巡って

斎藤 清二

Seiji Saito : An Overview about Mental Health Care and It's Related Dicipines

I はじめに

筆者は本来内科医であるが、縁あって臨床心理学の訓練を受ける機会に恵まれ、前任大学では、一般内科とともにいわゆる心療内科学の診療、教育、研究にたずさわってきた。「こころのケア」の重要性は、最近とみに強調されているが、「カウンセリングと心理療法はどう違うのか？」とか、「心療内科と精神科とはどう違うのか？」などという質問に、明確な解答が与えられることは少ない。

現代の医学・医療の進歩は著しい。しかし一方では、患者さんが一人の人間としてではなく、単なる臓器の集合体か機械の部品であるかのように扱われる傾向が、医療現場において生じていることもまた事実である。元来、医療とは、病める存在としての患者（patient=苦しみに耐えている人）に対する全人的な援助をその本来の目的とする。医療行為とは、医師（あるいは医療従事者）と患者との一対一の関係性（医療従事者－患者関係）を基盤としてのみ実行される。医療従事者には個々の患者を援助するために「こころを通じてのつながり」を形成する能力が必要とされる。しかし、本邦における医学教育や医療実践においては、最近までこのような観点はあまり意識されていなかったように思われる。本稿では、このような「こころのケア」にかかわる隣接領域の諸概念について概説し、特に医療における「こころのケア」の充実の方策についても述べてみたい。本稿では、

「臨床心理学」「カウンセリング」「心理療法」「精神療法」「心身医療」「医師患者関係」「医療コミュニケーション」「医療面接」などの諸概念について、直接・間接に触れ、その異動や相互関係を明らかにすることを試みる。

II 臨床心理学と心理臨床

臨床心理学とは、心理学的な方法論を用いて臨床的実践を行うための学問である。臨床とは、もともと「床」＝患者の横たわるベッドに臨んで（そばに居て）病や傷に苦しんでいる患者（またはクライアント）の援助や治療をするということである。このように、「臨床」ということばを介して、医療と心理学は共通の分野を担うことになる。倉光修は、臨床心理学を「『心の病』や『心の傷』とその癒しに関する実践的学問」と定義している。

臨床心理学に基づく実践を「心理臨床」と呼ぶ。心理臨床とは、他者のこころを操作することではなく、「援助者自身の『こころ』を用いて他者を援助する実践」とであると言える。心理臨床の領域は、医療に限定されるものではない。医療現場以外に、教育、福祉、産業など非常に幅広い分野において、心理臨床は実践される。それ故に心理臨床とは、狭い意味での心理学や医学の範囲にとどまるものではなく、幅広い学際的な性質を有するものである。

心理臨床は大きく分けて、心理査定（心理テスト）

トによる患者の診断), 心理面接 (あるいは心理療法), 心理臨床的地域援助 (ソーシャルワークなどの実践) の3つからなる。このうち, 医療と最も関係が深いのは, 心理面接 (あるいは心理療法) である。筆者は, 心理面接と医療面接の基本は同じであり, 医療面接とは基本的心理面接技法に基づいた, 医療現場における応用であると考えている。

Ⅲ 心理療法・精神療法

心理療法の定義には必ずしも定説はない。河合隼雄は心理療法を以下のように定義している。「悩みや問題の解決のために来談した人に対して, 専門的な訓練を受けた者が, 主として心理的な接近法によって, 可能な限り来談者の全存在に対する配慮を持ちつつ, 来談者が人生の過程を発見的に歩むのを援助すること」。

心理療法の目的を「可能な限り来談者の全存在に対する配慮を持ちつつ, 来談者が人生の過程を発見的に歩むのを援助すること」とするという表現は, 一見すると通常の医療の目標とはずいぶん異なるように感じられる。しかし, よく考えてみれば, 「来談者の全存在に対する配慮を持つ」ということは, 「患者を全人的に診る」という全人的医療の姿勢となんら変わることはない。また, 「来談者が人生の過程を発見的に歩むのを援助する」ということは, 医療の本来の目的が, 究極的には患者の人生の質 (QOL) を高めることにあるという事実と矛盾しない。

どのような者が心理療法を行うべきであるかという問題は重要である。心理療法は, 単なる善意に基づく相談というレベルを越えて, 専門的な訓練を受け一定の水準に達している者によって行われるべき専門的な行為である。人のところというものはデリケートで複雑なものであり, いわゆる「常識」に基づいた援助行為だけでは十分でないばかりか, 時に患者に害を与えることが多い。医師であるからといって, 訓練を受けることなしに, 心理療法を患者に行うことには危険がある。

現在のところ, 医師以外が行う心理療法に関する国家統一資格はない。最も権威のある資格は, 文部省所轄の財団法人である日本臨床心理士認定協会が認定する臨床心理士資格である。この資格は, 原則として臨床心理学またはその隣接領域の大学院修士課程を修了し, 臨床経験を数年経た上で認定試験を通過した者に与えられる。医師における国家試験に匹敵する厳しい条件が科されており, 5年毎に資格の更新が行われ, 継続的な研修を受け, 研究などの業績を上げる必要がある。現在, 臨床心理士の受験資格は, 一定の基準を満たした「指定大学院」を修了したものにのみ与えられる。残念ながら, 富山大学は「指定大学院」の要件を満たしておらず, 早急に教育体制の充実が望まれる。

心理療法の学派, あるいは理論には非常にたくさんものがある。大きく分ければ, 人間のこころの働きの3要素である, 思考 (認知), 感情 (情動), 行動のどの要素に焦点を当ててアプローチするかによって, 分類することが可能である。思考 (認知) に焦点をあてる代表的な心理療法としては, 認知療法, 論理療法などがある。感情 (情動) に主として焦点をあてる代表としては, 来談者中心カウンセリング, ゲシュタルト療法などがある。行動に焦点をあてる典型例は行動療法である。しかしながら, ほとんどの心理療法の最終目標は, こころの全体を統合的なものととらえ, 全人的な変容を目指すことである。全ての心理療法は, 治療者と患者 (クライアント) 間の良好な関係の構築を基盤としている。良好な関係性の構築は, 全ての心理療法のアルファでありオメガである。

なお, 精神療法と心理療法は英語ではともに psychotherapy であり, 同義である。日本では, 精神医学領域では前者の言葉を用い, その他の領域では後者が多く用いられる。

Ⅳ カウンセリング

国分康孝はカウンセリングを以下のように定義

している。「カウンセリングとは、言語的および非言語的コミュニケーションを通して、相手の行動の変容を試みる人間関係である」。

カウンセリングと心理療法の、ほとんど同義と考えることもできるが、国分は、以下の点において、心理療法とカウンセリングは異なっていると主張している。第1点は、カウンセリングは心理療法よりも対象が広範囲である。第2は、心理療法は主として病理的なパーソナリティーを対象とし、カウンセリングは主として健常のパーソナリティーを対象とする。第3は、心理療法はクライアントを現実レベルに引き上げる（つまり治療すること）を目標にするのに対し、カウンセリングは健常者の自己実現を援助するためのより教育的な要素を含む。この考え方は理解しやすいものであるが、現実には必ずしもここまですっきりしたものではないと筆者は感じている。特に、第3点における心理療法の定義は、河合の定義とははっきり矛盾している。

本邦において、カウンセリングという言葉の狭い意味で用いる時には、C. ロジャースによって本邦に導入された、来談者中心カウンセリングの理論と技法を指すことが多い。この技法の特徴は、カウンセラーの徹底した非指示的な態度にある。しかし、ロジャース自身はむしろ、カウンセラーの率直な自己表現、カウンセラーの自己一致を強調し、決して技法的な非指示性・受動性にはこだわらなかったと言われている。米国においては、医師患者関係構築のトレーニングに、ロジャースの理論と技法が大幅に取り入れられている。

広い意味でのカウンセリング技法には実に多種のものがあつ、それらのほとんどは心理療法のそれと重なる。カウンセリングにおいても心理療法においても、良好な人間関係の構築が基本にあることは間違いがない。カウンセリングと心理療法という言葉は、対象の違い、目標の違いにより、多少使い分けられる必要はあると思われるが、本質的には同じものであるというのが筆者の考えである。

V 心身医療（心療内科）と総合診療

医療現場に問題を持って訪れる患者さんは、何らかの意味で苦しんでいる。この苦しみ（suffering）は、多くの場合こころにも身体にも関わっている。身体疾患を有する患者さんに対する医療においてもこころのケアは十分に配慮されなければならない。

身体の問題として現れているにもかかわらず、身体疾患の治療という観点からだけでは対応が困難である病態として、いわゆる心身症と呼ばれる一群がある。このような、広義の心身症の治療には、心理療法的なアプローチは欠かすことができない。このような心身症を専門的に扱う診療科が心療内科である。心療内科とは、心理療法的なアプローチを併せて行う内科と定義することができ、こころと身体の双方への配慮を重視する診療科でもある。心療内科は、現在医事法上の標榜科として認められており、内科、消化器内科、循環器内科といった専門科と同列に扱われる。現実には、心療内科を標榜している（つまり看板をかけている）クリニックや診療科の医師の約半数は狭義の心療内科医であり、約半数は精神科医である。

また、内科やその他のあらゆる診療科を訪れる患者には、比較的軽症ではあるが、精神疾患に分類されるケースが決して少なくない。比較的軽症のうつ病、不安障害、パニック障害、身体表現性障害、摂食障害などは頻度が高い。これらの病態を適切に見分けて治療を継続したり、必要に応じて精神科へ紹介したりする能力が一般医にも必要とされる。実際の多くの一般医療施設においては、これらの患者さんのケアは、専門家ではない一般の医師が行わざるを得ないことが多い。米国や英国におけるプライマリ・ケア・総合診療では、患者の心理社会的な問題、感情の問題を扱うことは、基本中の基本として教育されている。そういう意味からも、全ての科の医師が、臨床心理学やカウンセリングの基本を学び、身につけておくことが、現実的な課題となっている。

VI 医療コミュニケーションと医学教育

医療コミュニケーション能力の医学教育については、一般的なレベルと専門的なレベルの2段階に分けて考える必要がある。

1) 一般的な医療コミュニケーション能力の教育

これは、全ての医師・医療従事者に必要とされるものである。したがって、この教育、訓練は、卒前の医学生教育において全ての医学生に対して行われる必要がある。具体的には「医療面接法」の教育として、全国の医学部・医科大学で急速に普及しつつある。教育の評価は、OSCE（客観的臨床能力試験）などによりなされる。ここで要求されることは、医療の現場において患者さんを受け入れる雰囲気を作りだし、患者さんの話を傾聴し、患者さんの感情を支え、必要な情報を聴取し、必要ならば情報提供、説明、教育などをおこなうことである。医療面接法は技法論的にいえば、その基本を臨床心理学、カウンセリング技法に負っている。言い換えれば、全ての医師は、基本的なカウンセリング技法の教育、訓練を受け、それを身につけ、実行できることが要求されているということになる。

2) 専門的な医療コミュニケーション能力の教育

実際の医療現場においては、上記の基本的なコミュニケーション能力を基盤として、さらに専門的なコミュニケーション能力が必要となる分野が多数存在している。例を挙げれば、AIDS-HIVにおけるエイズカウンセリング、病名告知・インフォームドコンセント・スピリチュアルケアなどを含む終末期医療、心身症の治療における心身医学的治療、不登校や小児心身症に対する小児心身医学的治療、精神科領域における神経症や人格障害に対する精神療法、腎臓透析や腎移植患者に対するケアとしてのサイコネフロロジー、新生児集中治療

における心理的ケアなど枚挙にいとまがない。このような専門的な分野において、こころのケアを十分に行うためには、二つの戦略が考えられる。一つは、身体治療の専門医が同時に基本的な心理コミュニケーション能力を身につけて、こころのケアをも併せて行うという考え方であり、もう一つは、身体面の管理に責任を持つ医師と、主としてこころのケアに責任を持つ、カウンセラー、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど非医師の専門家、あるいは精神科医、心療内科医などが連携して患者のケアにあたるという考え方である。この二つの方策は一長一短であり、優劣をつけることは難しい。欲を言えば、どちらの方策をもとり得るような体制が望ましい。

VII まとめ

医療従事者と患者との良好な関係の構築は、医療を有効に効率よく行うためには必須の事柄である。このような良好な関係の形成能力＝コミュニケーション能力は「こころのケア」の基本であり、全ての医師・医療従事者において教育・訓練される必要がある。そのための理論や実践の方法は、臨床心理学、心理療法、カウンセリングなどと呼ばれる隣接領域にその基盤を持っている。医学教育の中にこのような隣接領域の方法論を明確に取り入れると同時に、医療の現場において、隣接領域の専門家との連携を深めて行くことが必要であると思われる。

さらに、富山大学において臨床心理士養成の教育体制を整えること（具体的には指定大学院となること）は、地域のニーズに答えることはもちろん、全国民の要請に富山大学が答える一つの有力な手段になると思われる。